35

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Edmond POTHERAT

Chirurgien des hôpitaux de Paris,
Membre titulaire de la Société anatomique,
Membre titulaire de la Société médico-chirurgicale.

PARIS
IMPRIMERIE BILLON
47, RUE DU COMMERCE

1892

TITRES

Externe, concours de 1881.

Interne, concours de 1884.

Aide d'anatomie titulaire à la Faculté de Paris, concours de 1885.

Prosecteur provisoire à la Faculté de Paris, concours de 1887.

Prosecteur titulaire à la Faculté de Paris, concours de 1888.

Docteur en médecine, 22 février 1889.

Chirurgien des hôpitaux, concours de 1891.

ENSEIGNEMENT

Travaux et leçons d'anatomie descriptive et topographique et de médecine opératoire à la Faculté, pendant les années 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890 et 1891.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — PATHOLOGIE MÉDICALE

1. *Paralysie infantile.*

(Bulletin de la Société anatomique, 1887.)

Cette communication a eu pour but de montrer à l'aide de pièces empruntées au squelette d'un individu qui était atteint de paralysie infantile que le système osseux est profondément atteint dans son développement au cours de cette affection. Par des mensurations multiples du côté malade et du côté sain, j'ai montré que l'arrêt de développement est longitudinal et circonférentiel. D'ailleurs le système artériel est lui aussi très diminué dans son calibre, ce qui rend compte de l'abaissement de température qu'on observe dans le membre correspondant à la lésion médullaire.

2. *Retrecissement mitral.*

(Bulletin de la Société anatomique, 1887.)

C'est une observation intéressante de rétrécissement mitral avec présentation des pièces anatomiques montrant la lésion.

3. *Thrombose de la veine jugulaire interne, et embolie pulmonaire*

(Bulletin de la Société anatomique. 1887.)

Un tuberculeux du service de M. Damaschino, avait vu sa fin hâtée par une embolie de l'artère pulmonaire. A l'autopsie je trouvai l'embolie, et une thrombose très étendue de la veine jugulaire interne.

4. *Erysipèle des nouveaux-nes.*

(Mavrikos, thèse Paris, 1887.)

Dans cette thèse à laquelle j'ai collaboré, et dans laquelle on trouvera deux observations qui me sont personnelles et qui ont servi de base au travail, l'auteur a montré que l'érysipèle des nouveaux-nés ne diffère pas de celui de l'adulte par sa nature et par son évolution. Sa gravité est grande, moindre cependant que ne le croyait Trousseau, grâce à l'emploi des antiseptiques. Les soins antiseptiques, dans la ligature et le pansement du cordon, d'une part, dans le traitement de la mère pendant les suites de couches d'autre part, ont bien diminué la fréquence de cet exanthème infectieux.

5. *De la meningite tuberculeuse chez le nouveau-ne.*

(Th. Bosselut. Paris, 1888.)

Dans cet important travail, on trouvera plusieurs observations qui me sont personnelles.

6. *Nature de la Varicelle.*

(Thèse Œconomon, Paris, 1888.)

Cette thèse contient aussi plusieurs observations personnelles.

II. — ANATOMIE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE

7. *Anatomie de l'artère axillaire.*

(Bulletin de la Société anatomique, mars 1888.)

L'artère axillaire est sujette à quelques anomalies intéressantes au point de vue opératoire et qu'il importe de connaître. La pièce présentée montre une des plus curieuses parmi ces anomalies.

8. *Manuel opératoire de l'opération d'Alexander.*

(Gazette médicale de Paris, janvier 1889.)

Le raccourcissement des ligaments ronds a pour but de remédier aux rétrodéviations mobiles de l'utérus. Ce sont les détails circonstanciés de la technique opératoire que j'ai exposés dans ce travail, en me fondant sur la pratique du professeur Trélat, et sur mes recherches d'amphithéâtre. C'est dans le canal inguinal qu'il faut rechercher le ligament; il faut le dépouiller avec soin de sa gaine péritonéale et le reséquer dans une grande étendue. Le mode de fixation est important.

9. *Anomalie du nerf musculo-cutané.*

(Bulletin de la Société anatomique, janvier 1889.)

Ce fait a trait à une pièce présentée à la Société anatomique et montrant une fusion absolue du nerf médian et du nerf musculo-cutané du bras. Cette pièce représente le type des anomalies du nerf musculo-cutané, anomalies fort intéressantes au point de vue physiologique et pathologique.

10. *Des anomalies congénitales du rein.*

(Bulletin de la Société anatomique, 1886 et février 1889.)

C'est un petit travail sur les déplacements congénitaux du rein à propos d'un cas curieux trouvé sur un sujet de l'Ecole pratique. En février 1889, je présentai avec M. Mordret, aide d'anatomie, un autre cas intéressant.

11. ***Artère thyroïdienne supérieure. Ses anomalies d'origine.***

(Bulletin de la Société anatomique, avril 1889.)

L'artère thyroïdienne supérieure peut naître de la carotide primitive, notablement au-dessous de sa bifurcation. D'ailleurs une étude des branches de la carotide externe montre que la disposition classique de ces branches n'est pas la plus fréquente.

12. ***Anatomie du nerf maxillaire supérieur. — Operation de Lossen-Braun.***

(Bulletin de la Société anatomique, octobre 1889.)

Sur le conseil de M. le Dr Segond, et en vue de pratiquer l'opération de la résection du tronc du maxillaire supérieur avant la naissance des branches afférentes du ganglion de Meckel, j'ai entrepris une longue série de recherches sur le trajet précis du nerf avant son passage dans la gouttière sous-orbitaire. J'ai pu ainsi préciser les rapports du nerf avec les branches de l'artère maxillaire interne avec le muscle ptérygoïdien externe et particu-

lièrement avec un tubercule d'insertion de ce muscle. Ce tubercule, situé sur la face externe du sphénoïde peut acquérir un volume important, lorsque le muscle est très développé, et dans le sexe masculin; il devient alors indispensable de l'abattre à la gouge pour atteindre le tronc nerveux.

13. *Manuel opératoire du curage de l'uterus.*

(Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1890.)

C'est l'exposé très détaillé du *modus faciendi* de cette opération telle que nous la pratiquions dans le service du professeur Trélat, à l'hôpital de la Charité.

III. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE

14. *Sequestre de la clavicule. — Osteomyélite.*

(Bulletin de la Société anatomique, 1885.)

La pièce représentait les 2/3 externes de la clavicule droite enlevée à un jeune homme du service du Dr Gillette. L'os boursoufflé était perforé d'un grand nombre de trous, par lesquels, après macération, on apercevait un long séquestre libre, en grelot dans l'intérieur. L'observation montrait qu'il s'agissait là d'un accident d'ostéomyélite infectieuse. Les suites opératoires furent simples; le périoste épaissi avait été conservé et la clavicule se reconstitua dans son type physiologique ainsi que je pus le constater quatre ans plus tard.

15. *Operation d'Estlander.*

(Th. Cormak, Paris, 1885.)

Une observation personnelle de résection costale pour empyème.

16. *Fracture isolée du grand trochanter.*

(Bulletin de la Société anatomique, février 1888.)

Les fractures isolées du grand trochanter sont très rares. La seule authentique est relative à une observation d'As-

tley Cooper. Le fait actuel est donc le second. Il est indéniable et curieux, malgré l'absence de renseignements cliniques. Il ne serait pas impossible que la longue gêne des mouvements que l'on observe parfois à la suite des contusions de la hanche soit due à un arrachement partiel du grand trochanter.

17. *Osteomyelite. — Nephrite infectieuse.*

(Bulletin de la Société anatomique, 1888.)

L'ostéomyélite est une maladie essentiellement infectieuse comme l'ont démontré les travaux du professeur Lannelongue. Tout l'organisme est infecté, et les reins peuvent subir des altérations incompatibles avec la vie. Cette observation en est un exemple frappant.

18. *Osteomyelite et tuberculose.*

(Bulletin de la Société anatomique, juillet 1888.)

L'ostéomyélite et la tuberculose présentent parfois des caractères assez semblables qui permettent de les confondre. M. Trélat avait fait la résection partielle du cubitus à un jeune homme que l'on avait cru atteint d'ostéomyélite. L'évolution ultérieure a montré qu'il s'agissait d'une ostéopériostite tuberculeuse et l'on fut conduit à pratiquer l'amputation du bras.

19. *Osteomyelite prolongee. — Amputation de jambe.*

(Société médico pratique, mars 1890, et *Journal de clinique et thérapeutique.*)

Après une période aiguë l'ostéomyélite peut passer à l'état chronique et durer fort longtemps. C'est là une notion courante depuis les travaux de MM. Lannelongue

et Comby et ceux du professeur Trélat. Le fait ci-dessus en est un curieux exemple. Le malade avait eu une ostéomyélite aiguë du tibia à l'âge de 15 ans. Depuis cette époque, il avait eu des accidents répétés, abcès, issue d'esquilles, de séquestre, fistules, variables d'intensité. Le dernier accident, plus considérable, avait déterminé une arthrite suppurée tibio-tarsienne. Quand je vis ce malade, il avait 60 ans ; son articulation était complètement désorganisée, et il se mourait épuisé par la suppuration. Je lui fis une amputation de jambe au lieu d'élection, à lambeau externe. Il guérit très bien ; il est actuellement bien portant et absolument guéri d'accidents ostéomyélitiques ayant duré 45 ans !

20. *Abcès par congestion.*

(Société anatomique, décembre 1888.)

Certains abcès par congestion situés dans l'abdomen peuvent y occuper telle situation qu'ils conduisent à des erreurs de diagnostic, en quelque sorte obligées, alors surtout que la lésion vertébrale est non ou difficilement appréciable. J'ai eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Trélat deux abcès de ce genre, qui, tous deux, avaient été pris pour des kystes hydatiques du foie, suppurés et traités par laparotomie, ouverture et fixation à la paroi abdominale.

21. *Mal de Pott. — Inflexions de l'aorte abdominale.*

(Bulletin de la Société anatomique, avril 1888.)

La déviation de la colonne vertébrale peut entraîner l'inflexion de l'aorte. Au-dessous de l'inflexion, le calibre du vaisseau est très diminué. M. le professeur Lannelongue a bien montré cette lésion dans son *Traite de la tuberculose vertebrale*. Le fait ci-dessus en est un bel exemple.

22. *Emploi de l'iodoforme contre les ulcerations tuberculeuses.*

(Société médico-pratique, 14 octobre 1889.)

L'iodoforme paraît avoir une très heureuse influence sur certaines lésions tuberculeuses. C'est ainsi que j'ai observé et soigné à l'hôpital Laënnec deux cas de tuberculose bucco-pharyngée, avérée, par des attouchements iodoformiques. Les lésions se sont rapidement cicatrisées.

23. *Papillome de la luette.*

(Bulletin de la Société anatomique, avril 1891.)

Une jeune fille portait un énorme papillome à l'extrémité de la luette. La section de l'appendice au-dessus de la tumeur, après anesthésie locale avec la cocaïne, fit cesser les accidents qu'entraînait le papillome. En pareil cas l'opéré doit se baigner la gorge et non se gargariser; les trépidations du voile provoquent l'écoulement de sang.

24. *Corps etrangers des voies digestives.*

(Annales médico-chirurgicales, 1887.)

C'est un petit travail sur les accidents de ces corps étrangers, à propos d'un fait personnel. Un malade du service de M. le professeur Damaschino, à Laënnec, avait succombé à des accidents de suffocation dont la cause avait échappé. A l'autopsie, je trouvai un os de lapin fiché dans la paroi trachéo-œsophagienne.

25. *Typhlite tuberculeuse. — Retrecissements multiples de l'intestin.*

(Société médicale du VII[e] arrondissement. France médicale, 1891.)

C'est un exemple très curieux et rare des lésions que la tuberculose peut déterminer sur l'intestin. Il s'agissait d'une jeune orpheline de 15 ans, que j'opérai à l'hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours d'un phlegmon iliaque consécutif à une typhlite. Quelques semaines plus tard, après avoir été très améliorée, et même guérie en apparence, l'enfant succombait brusquement aux accidents d'une péritonite par perforation. A l'autopsie, je trouvai un appendice sans lésion, un cœcum énorme, dur, formant tumeur, et dont la cavité avait l'aspect, par les saillies charnues qu'elle présentait, de l'intérieur d'une oreillette du cœur. Ces saillies et cet épaississement de l'intestin étaient dus à une hyperplasie considérable de la tunique musculaire.

La valvule de Bauhin avait subi les mêmes altérations : déformée, rétrécie, elle était oblitérée par des débris alimentaires celluleux. Plus haut, sur l'iléon, il existait trois rétrécissements dus à des saillies analogues de la tunique musculaire. Au-dessus d'un de ces rétrécissements une petite perforation s'est faite, par laquelle le liquide intestinal s'était déversé dans le péritoine. La séreuse ne présentait aucune altération rappelant la tuberculose et, quand je présentai la pièce à la Société anatomique, avril 1891, il était difficile de se prononcer sur la nature exacte de la lésion. Mais un examen histologique attentif, fait par le D[r] Georges Dubar, montra qu'il s'agissait nettement d'altérations tuberculeuses.

26. *Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie.*

(Thèse. Paris, 22 février 1889.)

C'est un travail de longue haleine reposant sur l'analyse de plus de quatre-vingts observations dont un grand

nombre personnelles, recueillies dans tout le cours de mes études, et dans la pratique chirurgicale de plusieurs de mes maîtres. Aussi, un certain nombre de points nouveaux du diagnostic et du traitement des kystes du foie y sont soigneusement examinés. Ce travail a été honoré d'une médaille d'argent de la part du jury des thèses.

Dès le début, je divise les kystes en quatre variétés : les *antero-inferieurs*, les *postero-inferieurs*, les *antero-superieurs* comprenant les kystes *centraux*, et enfin les *postero-superieurs*. Cette division exacte au point de vue anatomique est nécessaire ; chacune de ces variétés expose à des erreurs de diagnostic différentes, et nécessite une application particulière du traitement.

Les kystes *antero-inférieurs* peuvent être confondus avec les *kystes de l'ovaire*; c'est l'erreur qui a conduit MM. Terrier, Richelot, Lucas-Championnière à les opérer par la laparotomie; avec les *kystes du mesentère*; dans une de nos observations le professeur Potain put croire à un de ces kystes; voir même avec des lésions plus rares, comme un *anevrysme* de l'aorte abdominale, ou un *abcès par congestion* (deux faits personnels). L'*ascite* elle-même peut prêter à la confusion.

Les kystes *antero-superieurs* peuvent être *centraux* ou *excentriques*. Ceux-ci peuvent être confondus avec la vésicule distendue, et Lawson-Tait opéra sur ce diagnostic erroné un maître de notre Faculté. La confusion avec les *grands abcès du foie* n'a aucun inconvénient. Le *cancer en degénerescence*, les *cirrhoses* même (Professeur Jaccoud) ont été l'occasion d'erreurs de diagnostic, et des hommes dont la compétence est hors de conteste ont cru à des kystes du foie.

Les *kystes postero-superieurs* sont très souvent méconnus, et ont été généralement pris pour des épanchements pleuraux. Ces kystes, en effet, se développent en envahissant le thorax par refoulement du poumon. Viennent-ils à s'ouvrir dans les bronches, ils donnent lieu aux symptômes de la tuberculose pulmonaire à la 3e période.

Enfin les kystes *postero-inférieurs* remplissent la fosse lombaire, comme les tumeurs du rein. Mais à part ce siège commun, la plupart des symptômes des tumeurs du

rein, symptômes qui ont été magistralement exposés par le professeur Guyon dans son enseignement ici, dans ses besoins cliniques et dans ses écrits, manquent dans le cas de kyste hydatique du foie.

Les tumeurs parasitaires du foie sont donc dans beaucoup de cas d'un diagnostic difficile, que l'étude la plus attentive des phénomènes physiques et fonctionnels ne parvient pas à résoudre toujours. Aussi faut-il chercher d'autres modes d'examen. Au premier rang de ceux-ci se trouve la *ponction exploratrice;* on en a dit beaucoup de bien, et on l'a aussi fort attaquée. Evidemment on peut se mettre à l'abri des accidents septiques qu'elle a quelquefois provoqués; il suffit de prendre pour cela des précautions antiseptiques habituelles. Elle peut provoquer l'*urticaire*, mais cet accident est sans gravité, bien qu'il s'agisse très probablement d'un empoisonnement par des toxines. Quand à l'*auto-inoculation* de Volkmann, elle est tout simplement une hérésie zoologique.

Donc les accidents mis sur le compte de la ponction sont illusoires ou facilement évitables. Mais elle est aveugle, elle peut pénétrer dans un vaisseau sanguin, elle peut traverser l'intestin. M. le professeur Le Dentu a rapporté à la Société de chirurgie un fait où la ponction, si elle eût été pratiquée, eût certainement perforé le colon.

Il convient donc de n'y avoir recours qu'en dernière analyse et alors que l'on est tout prêt pour une intervention chirurgicale.

Mais il existe un autre mode d'examen qui peut singulièrement aider au diagnostic et fixer les idées au sujet de la situation exacte d'une tumeur de siège indécis. C'est l'*examen clinique des urines*, auquel personne n'avait eu recours avant moi, et qui m'a permis d'éloigner l'idée de tumeur hépatique dans des cas où effectivement il ne s'agissait pas, malgré les apparences, d'un kyste du foie. Lorsque, en effet, la tumeur est hépatique, même en l'absence de toute teinte ictérique ou subictérique, l'analyse des urines par la réaction de Gmelin montrera que ces urines contiennent des sels biliaires.

La *suppuration* du kyste se traduit par un ensemble de

symptômes généraux et locaux qui permet d'en faire facilement le diagnostic.

La seconde partie de ce travail est consacrée à l'étude du traitement.

On a pensé pouvoir tuer l'hydatide, par l'*acupuncture* (Trousseau), par l'*electrolyse* (Fagge, Semmola, Apostoli, Henrot), par la *ponction simple* (Jobert de Lamballe) ou la *piqûre* avec une seringue de Pravaz (Borgherini). Mais ce ne sont pas là des méthodes de traitement.

Celles-ci sont *medicales* et *chirurgicales*.

Les méthodes médicales sont de deux ordres : les unes veulent amener la mort de l'hydatide en la privant de toute son eau : la *ponction aspiratrice*, et *evacuatrice* en est le type le plus net. Elle a provoqué des accidents graves, elle a donné des succès, apparents, mais momentanés, elle a fourni peu de réels succès. Les autres recherchent la guérison par la mort de l'hydatide aussi, mais cette mort est provoquée par des agents parasiticides. La *teinture d'iode* (Boinet), les *injections de bile* de bœuf (Dolbeau, Voisin, Luton) employées jadis ont été abandonnées. Cette méthode a été rénovée par le professeur Baccelli en Italie, par le professeur Debove en France. Le parasiticide employé par les autours a été la liqueur Van Svieten. Baccelli en injecte quelques gouttes, M. Debove vide le kyste et lave en quelque sorte avec la solution mercurielle. De beaux résultats ont été ainsi obtenus. Il ne faut pas cependant se prendre d'un trop grand enthousiasme. Il convient de réserver la méthode pour les cas de kystes simples à contenu liquide, non suppurés. Cette appréciation s'applique aux autres liquides employés par d'autres auteurs dans le même but. Exacte il y a trois ans quand je l'émettais, cette opinion est devenue aujourd'hui d'une justesse plus évidente.

Aussi les méthodes chirurgicales ont-elles plus que jamais l'avantage incontestable dans la thérapeutique des kystes du foie.

Toutes les vieilles méthodes se proposaient d'ouvrir le kyste en évitant d'ouvrir la cavité péritonéale. Les accidents que cette ouverture entraînait, à cette époque où

l'antisepsie était un mythe, excusent pleinement et justifient largement ces appréhensions. Mais aujourd'hui nous avons les moyens de nous mettre à l'abri de semblables accidents. Aussi faut-il laisser les *caustiques*, les *trocarts*, les *drains*, etc., pour en arriver à l'incision franche, large, mais aseptique. C'est en somme le retour au vieux procédé imaginé par Récamier, et attribué à Bégin, procédé bien français que les Allemands ont... annexé et appelé procédé de Wolkmann. Wolkmann comme Récamier incise en deux temps, seulement il opère en 1877 et ajoute l'antisepsie. Toutefois, cette incision en deux temps ellemême n'est pas nécessaire, et l'on doit d'emblée ouvrir l'abdomen, ponctionner le kyste, le fixer à la paroi, l'ouvrir, et faire jusqu'à guérison des lavages dans sa cavité.

Cette incision large, franche, en un seul temps, aseptique, porte dans la science l'appellation de *procede de Lindemann-Landau.*

Cette ouverture du kyste a donné un chiffre de mortalité fort minime. Elle est parfois suivie d'un *ecoulement de bile*, ordinairement minime mais qui peut être considérable. Cet écoulement qui provoque en pareil cas une rapide dénutrition a été diversement interprété. Il s'explique par la présence dans la paroi du kyste de canalicules biliaires parfois très dilatés. Le changement de pression qui suit l'ouverture du kyste détermine la rupture de ces canalicules et l'écoulement de bile. Ainsi s'explique ce fait que l'écoulement apparaît au bout de quelques jours, et qu'il diminue d'autant plus vite que la cicatrisation de la poche marche plus rapidement. Les coupes histologiques de la paroi d'un kyste m'ont permis de constater cette disposition anatomique des canalicules biliaires. Elles m'ont, en outre, montré la présence de gros vaisseaux sanguins, capables par leur blessure de provoquer des hémorrhagies sérieuses.

Ayant longuement étudié le procédé Lindemann-Landau, j'ai indiqué la façon dont le procédé doit être appliqué aux quatre variétés de kystes du foie. Incision antérieure pour les kystes antéro-supérieurs ou antéro-inférieurs, incision lombaire pour les kystes postéro-

inférieurs ; enfin incision transpleuro-péritonéale avec résection costale (méthode d'Israël) pour les kystes postéro-supérieurs à développement intrathoracique. Un grand nombre d'observations complètent l'exposé de chacun des procédés et me conduisent aux conclusions suivantes :

Trois méthodes de traitement restent seules en présence.

1° La ponction simple évacuatrice.

2° La ponction évacuatrice avec injection de sublimé. (Baccelli-Debove).

3° La large incision primitive, aseptique.

Ces trois méthodes ne s'excluent pas, mais elles répondent à des indications différentes.

En effet, les kystes sont ou bien *non suppurés* avec vésicules filles, sans vésicules filles.

Ou bien *suppurés*.

(*a*) Le kyste n'est pas suppuré, il ne contient pas de vésicules filles ; la ponction simple pourra être essayée, une ou deux fois au maximum. Elle devra être aseptique et évacuatrice. Il vaudra mieux employer la ponction avec injection de sublimé.

(*b*) Le kyste n'est pas suppuré, il contient des vésicules filles en quantité, il faudra préférer aux deux procédés précédents, inefficaces, la large incision.

(*c*) Le kyste est suppuré. Il y a alors indication absolue en faveur de l'incision large, aseptique.

L'ouverture dans les voies aériennes ou biliaires n'est pas une contre-indication.

Le mode d'intervention sanglante varie suivant la situation du kyste.

Pour le kyste *antero-inferieur*, c'est la laparotomie antérieure médiane, si la tumeur est très grosse, latérale, si elle est modérée.

Pour le kyste *postero-inferieur*, c'est l'incision lombaire qu'il faut employer.

Pour le kyste *antero-superieur* on aura recours à la laparotomie latérale, sauf le cas où la tumeur se serait développée exactement sur la ligne médiane. L'énucléation ne doit pas être faite ; la résection hépatique peut être

faite dans certaines conditions. Enfin la *voie transpleurale* convient seule au kyste *postero-superieur*.

La division des kystes hydatiques du foie en ces quatre variétés, est exacte au point de vue anatomique, avantageuse au point de vue clinique ; elle doit être conservée au point de vue opératoire.

27. *Foie lobule.*

(Bulletin de la Société anatomique, mai 1888.)

Pièce montrant une curieuse lobulation d'un foie d'apparence normale d'ailleurs.

28. *Sur le traitement des kystes hydatiques du foie.*

(Société médico-pratique, 14 octobre 1889.)

C'est une petite communication sur les divers modes de traitement des kystes du foie.

29. *Fistule biliaire.*

(Bulletin de la Société anatomique, avril 1891.)

Il s'agissait d'une fistule biliaire siégeant sur la paroi abdominale au niveau de l'*hypochondre gauche*. L'origine de cette fistule était une perforation des voies biliaires oblitérées par un calcul. La bile avait fusé entre les deux lames du petit épiploon, passé derrière l'estomac, puis s'était portée vers la paroi antérieure de l'abdomen où elle avait déterminé un phlegmon ouvert spontanément et guéri avec fistulisation. Cette pièce appartenait à une femme servant aux exercices opératoires de mon pavillon à l'École pratique.

30. *Hematome du mesentère.*

(Bulletin de la Société anatomique, mars 1891.)

Ici, il s'agit encore d'une pièce recueillie à l'Ecole pratique. La tumeur du volume d'une tête d'adulte était énucléable en totalité. S'agissait-il d'un véritable hématome, ou d'une extravasation sanguine dans un kyste du mésentère ? C'est un point qui n'a pu être élucidé.

31. *Tumeur de l'ombilic.*

(Thèse Villar, 1886.)

Une observation de cancer de l'ombilic, recueillie dans le service du professeur Guyon.

32. *Contusion arterielle, rupture de l'artère poplitee. Gangrène, amputation de la iambe.*

(Société anatomique, mars 1888.)

Un charretier de Bercy avait été renversé par un tonneau de vin qui était passé sur un de ses membres inférieurs. Il n'en était résulté aucune fracture; mais de suite des phénomènes de pâleur et de refroidissement du pied et de la jambe s'étaient montrés. Le malade fut apporté dans le service de Trélat à la Charité. Au bout de quelques jours, des symptômes de gangrène de la jambe et du pied avec accidents septiques obligèrent à l'amputation de la cuisse. L'examen du système artériel me montra une rupture de la tunique interne de l'artère po-

plitée avec formation d'un caillot oblitérant, à son niveau. Ce fait a servi de base à la thèse du Dr Defrance. (Paris, 1889.)

33. *Plaie par projectile de guerre. — Oblitération de l'artère et de la veine fémorales.*

(Gazette médicale de Paris, août 1888.)

En 1887, j'observai dans le service de M. le professeur Damaschino, un homme qui présentait, sur tout le côté droit du tronc et sur le membre inférieur droit, un développement du système veineux qui avait fait croire à une cirrhose atrophique. En réalité, il s'agissait d'une oblitération totale des vaisseaux fémoraux provoquée par un éclat d'obus reçu sur le champ de bataille de Bazeilles. L'histoire et l'évolution de cette grave blessure sont très curieuses.

34. *Septicémie gazeuse.*

(Bulletin de la Société anatomique, juin 1888.)

Cette observation a trait à un charretier qui avait été renversé par son tombereau, Il en était résulté dans la région du genou des blessures de peu d'importance en apparence. Mais de la poussière, du crottin avait pénétré dans ses plaies, et malgré les soins antiseptiques les plus vigoureux, les lavages successifs les plus abondants, les accidents de la septicémie gazeuse éclatèrent et marchèrent avec une extrême rapidité. L'amputation sous-trochantérienne ne put les enrayer. C'est un exemple typique de cette grave septicémie qu'on appelait autrefois *erysipèle bronzé*, et que nous observons encore parfois dans les conditions analogues à celles où s'est trouvé ce malade.

35. *Goître parenchymateux calcifié.*

(Bulletin de la Société anatomique, mars 1889.)

Pièce présentée à la Société anatomique.

36. *Corps etranger des voies aeriennes.*

(Bulletin de la Société anatomique, 1887.)

Présentation d'un larynx rempli par un morceau de viande engagé dans la glotte; la mort avait été très rapide.

37. *Des neoplasmes mammaires. — Leur traitement*

(Société médico-pratique, 14 janvier 1889 et *Journal de clinique et thérapeutique*, 1889.)

C'est un petit travail reposant sur plusieurs observations des services du Dr Gillette, du professeur Guyon et du professeur Trélat, destiné à montrer que, dans le cas de cancer du sein, il faut toujours enlever tout le tissu cellulaire de l'aisselle, afin d'emporter l'atmosphère des ganglions. La clinique fait prévoir et l'histologie démontre que des ganglions absolument inappréciables à l'exploration sont déjà en voie d'altération néoplasique. En agissant ainsi on réalise les meilleures conditions d'une longue survie sinon d'une guérison définitive.

38. *Lymphangite mammaire et abcès du sein.*

(Revue de clinique et thérapeutique, août 1889.)

Les crevasses du mamelon sont souvent l'origine des abcès du sein, par lymphangite. Il est donc indiqué de

faire du mamelon une toilette appropriée, destinée : 1° à prévenir les crevasses; 2° à empêcher leur infection.

39. *Sarcome du thorax.*

(Bulletin de la Société médico-pratique, 27 octobre 1890.)

Une femme de 60 ans présentait au-dessous de l'aisselle droite une tumeur charnue du volume d'une tête de fœtus, mobile sur le thorax et paraissant indépendante des ganglions de l'aisselle. M. le professeur Guyon l'opéra, et fut conduit sous le petit et le grand pectoral jusqu'auprès de l'apophyse coracoïde sur le paquet vasculo-nerveux. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

40. *Cancer de l'utérus, hystérectomie vaginale.*

(Annales médico-chirurgicales, 1887.)

C'est une observation d'hystérectomie vaginale, faite par Gillette pour un cancer de l'utérus. C'est une des premières hystérectomies faites en France. La malade mourut d'hémorrhagie. Ce fait est suivi de réflexions sur les inconvénients et les difficultés de la ligature en masse du ligament large et sur la gravité variable des variétés cliniques du cancer de l'utérus.

41. *Cancer de l'utérus.*

(Bulletin de la Société anatomique, janvier 1889.)

Pièces intéressantes au point de vue anatomo-pathologique, et trouvées sur un cadavre de l'Ecole pratique.

42. *Traitement palliatif du cancer de l'uterus.*

(Bulletin de la Société médico pratique, juin 1891.)

Le traitement de choix dans le cancer de l'utérus est l'*hysterectomie totale*. Mais lorsqu'on observe les malades, il est souvent trop tard pour qu'il soit applicable. Le grattage des parties végétantes, la cautérisation consécutive au fer rouge, des soins antiseptiques suivis, peuvent amener une longue amélioration et présenter de réels avantages. Deux faits cliniques personnels appuient ce petit travail.

43. *Du curage de l'uterus dans les endometrites avec complications.*

(Bulletin de la Société médico-pratique, 9 juillet 1889, et Revue de clinique et thérapeutique, octobre 1889.)

Le curage de l'utérus est indiqué dans un certain nombre de métrites. Pratiqué avec les précautions antiseptiques qui doivent accompagner toute opération chirurgicale, il ne peut déterminer aucune complication du côté du péritoine ou des annexes. S'il existe des lésions préalables de ces parties, pelvipéritonite, ovaro-salpingites, non seulement il ne les aggrave pas, mais il peut, dans certaines conditions déterminées, les améliorer et même les guérir. Six observations empruntées au service de M. Trélat en témoignent hautement. Une des malades devait subir la laparotomie pour ablation des annexes; elle guérit, devint enceinte et accoucha à terme d'un enfant bien constitué et vivant. Donc, avant de faire l'ablation des annexes, il convient, s'il y a de l'endométrite de faire d'abord le curage et de ne recourir à l'intervention sanglante qu'en cas de persistance des accidents périutérins. La thèse de Mlle Finkelstein (Paris 1889), repose tout entière sur ces faits cliniques.

44. *Kystes de l'ovaire.*

(Bulletin de la Société anatomique, janvier 1888.)

Pièce destinée à montrer les lésions de l'ovaire scléro-kystique.

45. Une pièce d'*hemato-salpinx*, trouvée à l'autopsie.

(Bulletin de la Société anatomique, mai 1888.)

46. *Kyste de l'ovaire et grossesse.*

(Société médicale du VIIe, février 1892.)

La présence d'un kyste de l'ovaire n'empêche ni la grossesse ni l'accouchement. Mais les manœuvres de celui-ci peuvent provoquer la torsion du kyste et les accidents inflammatoires qui en sont la conséquence. Ces accidents peuvent faire croire à une péritonite puerpérale; ils provoquent des adhérences, et rendent l'extirpation du kyste plus laborieuse et plus grave. Une observation personnelle, recueillie dans le service de M. le Dr Segond, vient à l'appui de ces quelques considérations. La malade, que j'opérai au milieu d'accidents extrêmement graves, guérit.

47. *Cystite douloureuse, et taille.*

(Thèse Hartmann, 1887)

Certaines cystites revêtent un caractère particulièrement douloureux. Les moyens habituels de traitement,

lavages boriqués ou argentiques, instillation de nitrate d'argent sont inefficaces ou aggravent l'état douloureux. En pareil cas, il faut ouvrir la vessie, et la tenir ouverte pendant un certain temps. Telle est la manière de voir de M. le professeur Guyon. M. Hartmann en a fait l'objet de sa thèse inaugurale à laquelle j'ai fourni plusieurs observations du service de M. le professeur Guyon.

48. *Traitement de l'hydrocèle.*

(Annales médico-chirurgicales, 1887)

Dans ce petit travail, je passe en revue les divers traitements employés contre l'hydrocèle et je montre les avantages du *procédé* de *l'entonnoir*, imaginé par M. Guyon.

49. *Rein flottant, et néphrorrhaphie.*

(Revue de clinique et thérapeutique, 1890.)

50. *Valeur séméiologique de l'hématurie.*

(Revue de clinique et thérapeutique, 1890.)

Ces deux publications sont des travaux de vulgarisation scientifique dont les éléments ont été empruntés au service des voies urinaires de l'hôpital Necker, et à l'enseignement du professeur Guyon.

51. *Une observation de fistule néphro-cutanée.*

(Rollin. Des fistules néphro-cutanées. Paris, 1889.)

Une malade, atteinte de pyro-néphrose avait subi la néphrotomie. Elle conserva une fistule qui ne put guérir que par la néphrectomie.

52. *Corps étranger de la vessie.*

(Bulletin de la Société médico-pratique, décembre 1890.)

Le corps étranger était un calcul développé autour d'une nervure de feuille qu'un malade s'était introduite par l'urèthre jusque dans la vessie.

53. *Clinique chirurgicale* du professeur U. Trélat, 2 volumes. — Baillière, Paris, 1891.

J'ai recueilli les leçons sur : les *difficultes du diagnostic en chirurgie*, les *indications des amputations dans les grands traumatismes des membres*, la *gangrène gazeuse*, les *kystes hydatiques du foie*, le *genu varum*, etc.

54. *Traite de chirurgie*, par le professeur Duplay, et le Dr Paul Reclus.

Maladies du rectum et de l'anus (pour paraître dans quelques jours.)

Paris, — Imp. Billon, 47, rue du Commerce.